



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

**Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y su
relación con las actitudes de los internos de
Obstetricia. Instituto Nacional Materno Perinatal,
mayo – 2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Erika Alessandra PARRALES MORÁN

ASESOR

Jenny Elenisse ZAVALETA LUJÁN

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Parrales E. Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y su relación con las actitudes de los internos de Obstetricia. Instituto Nacional Materno Perinatal, mayo - 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2016.

833
833



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

53

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

BACHILLER: PARRALES MORÁN ERIKA ALESSANDRA

Cuyo título es: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PARTO HUMANIZADO Y SU RELACIÓN CON LAS ACTITUDES DE LOS INTERNOS DE OBSTETRICIA. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, MAYO - 2016. Reunidos en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:

MUY BUENO.....

DIECISIETE.....

17

MG. OBST. MIRIAN TERESA SOLIS ROJAS
C.O.P. 4183
PRESIDENTE

MG. GIOVANNA GLADYS PANTE SALAS
C.O.P. 4428
MIEMBRO

LIC. OBST. NELLY MARIA ESPERANZA BARRANTES CRUZ
C.O.P. 1830
MIEMBRO

LIC. OBST. JENNY ELINISSE ZAVALETA LUJAN
ASESOR (A)



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA

Dra. ZAIDA ZAGACETA GUEVARA
DIRECTORA
E.A.P. DE OBSTETRICIA

Lima, 14 de julio del 2016

AGRADECIMIENTO

A Dios, por no abandonarme a lo largo de la vida y por darme lo más valioso que tengo: mi familia.

A mi Alma Mater, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por haberme acogido dentro de sus aulas durante cinco años.

A la Obsta. Jenny Zavaleta, por sus valiosas enseñanzas y su amistad incondicional.

A Gustavo, por su apoyo constante y su presencia dentro de mis sueños.

DEDICATORIA

A mi madre, Rosa Natividad Morán Rodríguez, por su apoyo incondicional, sus sabios consejos y su inalcanzable amor.

A mi padre, Víctor Parrales Juárez, y a mi hermano, V. Daniel Parrales Morán, por ser esenciales en mi desarrollo personal.

A mi madrina, Verónica Morán, por ser mi ejemplo a seguir.

A mis familiares y amigos, todo lo que soy se lo debo a ellos.

INDICE

	Pág.
Resumen	5
Abstract	6
1. Introducción	7
2. Material y métodos	21
2.1 Tipo y diseño de investigación	21
2.2 Población de estudio	21
2.3 Muestra de estudio o tamaño muestral	21
2.4 Descripción de variables	22
2.5 Técnicas e instrumentos	22
2.6 Plan de procedimiento y análisis de datos	25
2.7 Consideraciones éticas	26
3. Resultados	27
4. Discusiones	34
5. Conclusiones	36
6. Recomendaciones	37
7. Referencias bibliográficas	38
8. Anexos	43

RESUMEN

Objetivo: determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los internos de obstetricia sobre parto humanizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del 2016.

Metodología: estudio de tipo observacional, con diseño descriptivo correlacional, prospectivo y de corte transversal. Para ello se trabajó con una muestra conformada por 53 internos de obstetricia que tienen como sede principal al Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2016. Para el estudio se analizaron los datos en el programa SPSS v.22, utilizándose medidas de tendencia central y dispersión así como frecuencias absolutas y porcentajes. Además se realizó la prueba de Kolmogorov – Smirnov para evaluar la distribución de los datos usando como pruebas no paramétrica la prueba de Chi cuadrada.

Resultados: la edad promedio de los estudiantes fue de 23.3 años, siendo el estado civil soltero el más predominante (96.2%). El 26.4% de los internos de obstetricia del INMP han recibido capacitación sobre parto humanizado. Respecto al nivel de conocimiento el 64.2% tiene conocimiento “medio” y el 20.8% conocimiento “bajo”. Asimismo el 50.9% tiene actitud favorable y el 49.1% actitud desfavorable. Después de aplicar la prueba de Kolmogorov – Smirnov, se observa que no hay distribución normal de los datos, por lo tanto se aplicó la prueba no paramétrica Chi cuadrada. Al analizar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los internos de obstetricia sobre el parto humanizado se observó que no existe relación entre ambas variables ($p=0.191$), evidenciándose porcentajes similares en los datos.

Conclusión: No existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los internos de obstetricia sobre el parto humanizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del 2016.

Palabras claves: Nivel de conocimiento, actitudes, parto humanizado, internos de obstetricia.

ABSTRACT

Objective: determine the association between the level of knowledge and attitudes of obstetrician inmates about humanized birth of the Maternal Perinatal National Institute in May 2016.

Methodology: observational study, with descriptive correlational design, prospective and cross-sectional. To this end, it worked with a sample composed of 53 obstetrician inmates whose have as headquarters the Maternal Perinatal National Institute in 2016. For the study data were analyzed in SPSS v.22 program, using measures of central tendency and dispersion as well as absolute frequencies and percentages. Besides testing Kolmogorov - Smirnov was performed to evaluate the distribution of data using nonparametric tests such as the chi-square test.

Results: the average age of students was 23.3 years, being the most predominant (96.2%) single marital status. 26.4% of obstetrician inmates of the Maternal Perinatal National Institute have received training humanized birth. Regarding the level of knowledge 64.2% have "average" knowledge and 20.8% knowledge "low". 50.9% also have a favorable attitude and 49.1% unfavorable attitude. After applying the Kolmogorov – Smirnov test, it is observed that there is no normal distribution of data, therefore the square Chi nonparametric test was applied. In analyzing the association between the level of knowledge and attitudes of obstetrician inmates about humanized birth was observed that there is no connection between the two variables ($p = 0.191$), showing similar percentages in the data.

Conclusions: There is no association between the level of knowledge and attitudes of obstetrician inmates about humanized birth of the Maternal Perinatal National Institute in May 2016.

Keywords: Level of knowledge, attitudes, humanized birth, obstetrician inmates.

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los más grandes problemas de salud en el Perú radica en la salud materna. Desde los inicios de la historia, la asistencia al parto, pese a ser un proceso fisiológico, ha precisado cuidados y atenciones especiales. La matrona (hoy también conocida como obstetra) ha sido siempre la encargada de realizar dicho cometido, manteniendo, en la mayor parte de los casos, una actitud expectante y no intervencionista. En el periodo clásico y medieval, los médicos centraron sus intereses en el conocimiento teórico de la procreación, actuando solo en casos excepcionales, como cuando se necesitaba desmembrar a algún feto muerto para sacarlo del útero. ¹ Fue a partir del siglo XVII que estos intereses cambiaron de rumbo pues se incorporaron cirujanos en la atención al parto y se dio inicio a la instrumentación con el fórceps (inventado por la familia Chamberlain), dando paso, de este modo, a la tecnificación de la asistencia en el nacimiento.¹

A principios del siglo XX, la atención del parto comenzó a realizarse en instituciones sanitarias con el propósito de disminuir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Según ese contexto, se tuvo la idea, en un principio, de manejar la atención del parto como si se tratase de una enfermedad, y no como un proceso fisiológico y natural. Las mujeres perdieron protagonismo y humanidad en el hecho más importante de sus vidas, transformándose éste en un “acto médico” cuyo significado dejó de lado aspectos esenciales como la preferencia de las pacientes y el derecho de las mismas a elegir su posición de parto, tener acompañamiento, entre otros, basándose simplemente en un hecho mecanizado.

En respuesta a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1985 realizó un encuentro en Brasil donde surgió la declaración “El nacimiento no es una enfermedad”, que dio inicio al proceso de transformación del modelo de atención del parto, lo que actualmente se conoce como parto humanizado.²

El Estado peruano no quiso quedarse atrás frente a las recomendaciones establecidas por la OMS y en el año 2015 aprueba el

Proyecto de Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado de la Salud de la Mujer Gestante, la cual toma como norma de referencia la Ley de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento en Argentina. Aquí se establece como derechos de toda mujer el parto respetuoso de los tiempos biológicos y a ser informada sobre las intervenciones médicas así como la evolución de su parto.³

Es importante que los estudiantes y profesionales de la salud tengan conocimiento acerca del parto humanizado, el cual representa un derecho para el paciente. Investigaciones revelan lo siguiente:

Lara W (2015) realizó un estudio en Buenos Aires – Argentina titulado “El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires” que tuvo como objetivo explorar las perspectivas de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en las maternidades del sector público, analizando y comparando la práctica de la ley del parto humanizado y su relación con los conocimientos y opiniones del equipo de salud. Observaron que la formación, el lugar de trabajo y el espacio pueden afectar los conocimientos y las prácticas de los profesionales que laboran en establecimientos de salud. Además, todos ellos, salvo uno, conocen la ley que promueve la humanización del parto, sin embargo, sus definiciones no eran completas⁴.

De Cassia R, Komatsu M y Dos Santos M (2015) realizaron un estudio en Sao Paulo – Brasil que lleva por nombre “La humanización de la asistencia sanitaria en la percepción de las enfermeras y los médicos del hospital privado” para comprobar el significado del término humanización en las enfermeras y los médicos de un hospital privado de la ciudad de Sao Paulo, e identificar los factores que obstaculizan y facilitan la humanización en la atención del parto. Hallaron que el significado del término humanización para las enfermeras y los médicos se relaciona a respetar, a la recepción y a la empatía. La práctica profesional y las acciones referentes a la humanización pueden ser facilitadas por la cultura organizacional, pero se ven obstaculizadas por el trabajo excesivo. Se hace énfasis en la necesidad de adoptar políticas de gestión y

acciones que proporcionen a los profesionales herramientas para satisfacer las expectativas de los pacientes y sus familias en busca de cuidado humanizado⁵.

Arnau J, Martínez E, Nicolás D, Bas E. (2012) realizaron en Murcia – España un estudio titulado “Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia” con el objetivo de analizar sobre las representaciones simbólicas que los profesionales, relacionados con el proceso reproductivo, poseen sobre los conceptos del parto normal, natural y humanizado, donde encontraron que el punto más significativo de desencuentro entre los/as participantes se centra en el concepto de humanización del parto. Las matronas pusieron de manifiesto que el parto puede ser humanizado indistintamente sea normal o anormal, intervenido o abordado tecnológicamente, en cambio el equipo médico posee una confusión manifiesta sobre el concepto de humanización, pues para algunos el intervencionismo deshumaniza el proceso mientras que para otros la intervención es compatible con la humanización⁶.

Amorim P, Herdy V, Amim T y Muniz da Costa O (2012) realizaron un estudio en Rio de Janeiro – Brasil titulado “El Parto: conocimientos y prácticas humanizadas” teniendo como objetivo el describir los conceptos instituidos por el equipo de salud que participa en la atención del parto, identificar los conocimientos y prácticas de la humanización en el parto y valorar la implementación de estos en la asistencia del mismo, en el que observaron que los participantes sí tenían conocimientos acerca de las políticas de salud dispuestas sobre la humanización del parto y ellos siguen las directrices de esta política. Asimismo, en cuanto a la aplicación de la humanización del parto y el nacimiento, se observó que los profesionales reconocen la necesidad de cambio de paradigma, la búsqueda de nuevos conocimientos y la mejora de la formación de médicos y enfermeras⁷.

Silva R, Soares M, Muniz R, Andrade F, Torres A y Gómez V (2011) realizaron una investigación en Murcia - España que lleva por título “La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia” y tiene como objetivo conocer la concepción de los profesionales de salud de un centro de salud al sur del Brasil sobre el parto humanizado en

adolescentes. Evidenciaron que la atención humanizada del parto en adolescentes no solo es resolver complicaciones o usar tecnologías de última generación, sino que también exige actitudes y comportamientos de los profesionales que contribuyen en la atención del parto para que fortalezcan el vínculo entre los profesionales, las usuarias y sus familias.⁸

En el Perú existe una normativa legal que justifica y avala la humanización del parto y, a nivel local, ya se ha implementado el parto humanizado como una estrategia para mejorar la experiencia de las gestantes en su propio parto.¹ En este sentido, el Instituto Nacional Materno Perinatal, siendo ganador del premio a la calidad en la categoría de institutos especializados del XI Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud organizado por el Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2014, ha venido promocionando el parto humanizado como una nueva forma de atención de parto en la que se incluye el enfoque intercultural y un adecuado trato del profesional que atiende el parto, teniendo como pilares el parto vertical, el acompañamiento de la gestante y el manejo del dolor a través de la analgesia de parto.¹

Ante esta situación, surge la necesidad de formar en los futuros profesionales de obstetricia la capacidad de poder atender un parto con un enfoque humanizado, en la posición que la madre decida, con una persona de confianza que la acompañe y con un adecuado manejo del dolor, con todos los conocimientos necesarios para ello. Por ello es indispensable conocer cuánto conocen los internos de obstetricia del INMP sobre el parto humanizado e identificar la actitud de los futuros egresados de obstetricia frente a ello, puesto que en la formación académica si bien es cierto, se han incluido clases teóricas sobre ello, no se ha reforzado continuamente este proceder ni se ha evaluado la forma de atención.

Es necesario mencionar, que a pesar de la implementación del parto humanizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, al cual deben estar sujetos todos los profesionales que laboran en esta institución, aun se ha observado que existen gestantes insatisfechas en relación a la atención del parto, refiriendo que hay profesionales que no les permitieron estar con una

persona de confianza o no les permitieron dar a luz en la posición que ellas deseaban, encontrándose inmersos en esta atención los internos de obstetricia; esto puede deberse al desconocimiento que tienen sobre la atención del parto humanizado o por tener una actitud desfavorable frente a ello, motivo de investigación del presente estudio.

La idea de humanización en el parto se basa en el respeto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, sus parejas y, en general, de sus familias; su objetivo es cambiar la idea de que el embarazo y el parto son patologías que necesitan de intervención médica, y trata de recuperar la naturaleza del proceso procreativo como un hecho trascendental, íntimo, personal y memorable.⁹

En el año 1985, la OMS advierte sobre el nivel de medicalización en la atención del embarazo y el parto. Años después, en 1993, el Departamento de Salud del Reino Unido da a conocer el informe “Changing Childbirth”, elaborado por un grupo de profesionales y en el que se incorporan una serie de recomendaciones fundamentales para un modelo humanizado de atención al parto basado en tres principios:^{1, 10}

El primer principio toma en cuenta que el cuidado de la madre debe basarse en la mujer como protagonista, haciéndole sentir que tiene el control sobre ella y sobre los hechos que le ocurren, de tal manera que pueda decidir sobre sus cuidados. El embarazo y el parto son procesos fisiológicos y por lo tanto el cuerpo femenino se encuentra preparado para dicho evento, en ambos las mujeres deben tener un papel protagónico. Además, se introduce el concepto de la comunicación entre usuarios y profesionales, insistiendo en que debe existir un diálogo entre ambos para la mejora de la experiencia en el parto.^{1, 10}

El segundo principio argumenta que todas las mujeres deben poder acceder de manera sencilla a los servicios de maternidad como un derecho, y que éstos deben responder a las necesidades de cada mujer, teniendo en cuenta que cada una de ellas tiene necesidades diferentes y específicas. Las

herramientas médicas de atención en el embarazo y parto son útiles para salvar vidas, siempre y cuando se apliquen de forma restrictiva y sólo en situación de emergencia obstétrica que lo requiera.^{1, 10}

El tercero afirma que las mujeres tienen el deber de ser partícipes de los servicios de maternidad para que éstos puedan adaptarse a sus necesidades; además, dicho cuidado debe ser real y eficaz, y los recursos deben ser usados eficientemente en cada una de ellas. La experiencia de parto tiene que ser la más satisfactoria para la gestante y su entorno. Por esta razón, se capacita a las mujeres para ser madres más seguras y conscientes de que no solo tienen derechos sino también deberes, a los bebés para crecer y desarrollarse con niveles óptimos y a las familias para fortalecer vínculos.^{1, 10}

Es a raíz de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto que fue organizada por integrantes del movimiento brasileño para la humanización, apoyada por el proyecto Luz, promovida por la Agencia de Cooperación Internacional de Japón y celebrada en el 2000 en Brasil, que nace el concepto de “humanización”, el cual se define como “un proceso de comunicación y cuidado entre las personas que lleva a la auto transformación y la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los miembros de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global, y también con otras personas en el futuro, así como con las generaciones pasadas”¹. A partir de aquel entonces, diferentes autores comienzan a hacerse eco en sus artículos con dicho concepto.¹

El parto humanizado o parto natural, es definido por el Ministerio de Salud (MINSA) como el conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones.³ Sin embargo, no es menos que un procedimiento natural, “son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan el resto de la vida humana” como se estableció en la Declaración de Ceará sobre la humanización del parto en Fortaleza, Brasil, en el 2002.^{3, 11}

El parto debería realizarse en las mejores condiciones de respeto por la intimidad y el entorno, con calma y libertad, con cuidados y comodidades para la madre, para que este sea una experiencia agradable para los participantes.¹²

Aquí unas prácticas probadas como útiles ¹³:

Respetar el derecho de las mujeres a la privacidad en el lugar del parto.

Respetar la elección de la mujer sobre sus acompañantes durante el trabajo de parto y el parto.

Apoyo empático durante el trabajo de parto y por parte del personal de salud.

Entregar a las mujeres la información y explicaciones que ellas soliciten.

Evitar la divulsión y estiramiento del periné durante el período expulsivo.

Evitar restricción de alimentos y líquidos durante el trabajo de parto.

Evitar exámenes vaginales frecuentes o repetidos, especialmente por más de un examinador.

En el año 2009, el Instituto Nacional Materno Perinatal, como el centro de mayor capacidad resolutive en cuanto a obstetricia se refiere, inició el proyecto “Implementación del Parto Humanizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal”, el cual se concretó en el año 2015, con el objetivo de mejorar la satisfacción de la gestante y sus familiares en relación al trabajo de parto y parto. Para ello consideraron como componentes básicos de atención: el parto con acompañante, el parto con analgesia y el parto vertical.¹⁴

En cuanto al parto con acompañante, la triada negativa (temor, dolor y ansiedad) que manifiesta la gestante y que surgen como consecuencia de un entorno clínico poco íntimo e inapropiado, y la separación momentánea de sus familiares más cercanos, pueden determinar efectos adversos, en su mayoría negativos y poco alentadores, sobre el avance y el normal progreso del parto. Es así que se ha descubierto que la ansiedad está asociada con altos niveles de epinefrina (adrenalina), hormona del estrés, y esta, a su vez, puede ocasionar una disminución en las contracciones uterinas, y de esta manera

prolongar el trabajo de parto, incluso a tal punto de generar complicaciones obstétricas^{15,16}.

También se encuentra asociada a anomalías en la frecuencia cardíaca fetal y bajas puntuaciones en el test Apgar. Las catecolaminas que son producidas en respuesta al estrés, estimulan la vasoconstricción, reduciendo la perfusión del espacio intervilloso y pueden causar bradicardia e hipotensión fetal.^{15, 17}

Es por ello que, para contrarrestar este problema, en las últimas décadas se han llevado a cabo experiencias interesantes en diferentes países en las que se ha incluido el acompañamiento durante el parto como una de las soluciones más innovadoras. Este apoyo consiste en la presencia de una persona de confianza de la madre durante el trabajo de parto, parto y puerperio, quien brindará apoyo físico, psicológico e información continua a la madre.¹⁸

Este acompañante puede apoyar de cuatro formas diferentes, pero complementarias, a la gestante durante el trabajo de parto: ^{17, 19, 20, 21}

Apoyo informativo: El acompañante puede ayudar a la parturienta a recordar las técnicas aprendidas en el curso de psicoprofilaxis obstétrica, sirviendo también de apoyo al profesional de salud que la monitorizará. También puede aconsejar e informar a la gestante sobre los diferentes procedimientos y actividades que se están realizando en el momento de su atención, siempre con palabras de comprensión y amor. Debe evitar informarle pronósticos erróneos y de poca probabilidad.

Apoyo físico: El acompañante puede ayudar en la comunicación con la parturienta, ofreciéndole medidas que le hagan sentir más cómoda. Por ejemplo, puede consultarle acerca de su hidratación, facilitar la ingesta de alimentos adecuados para el momento, ofrecer técnicas para el alivio del dolor como los masajes, la aromaterapia, cromoterapia, técnicas de respiración y cambios de postura.

Apoyo emocional: El acompañante simboliza el soporte psicológico y emocional que la mujer necesita durante el trabajo de parto y parto. Debe ser una persona que le demuestre empatía, amabilidad y paciencia, que manifieste adecuadamente sus sentimientos de forma verbal y no verbal, que le brinde confianza y refuerce o corrija la conducta de la mujer, según sea el caso. Debe saber reconocer cuándo animar o tranquilizar a la parturienta, teniendo en cuenta la importancia y trascendencia que tendrá esta experiencia a lo largo de sus vidas. Debe ser un apoyo para el profesional de salud.

Apoyo representativo: El acompañante puede también tener la función de ser el representante de la gestante, comunicando las decisiones, intenciones e incomodidades de la parturienta al profesional de salud que se encuentra a su cuidado.

En resumen, el acompañante debe ser la persona elegida por la parturienta que la acompañe en el proceso del trabajo de parto y parto. Para ello, esta persona de confianza debe ser informada y orientada en lo básico de psicoprofilaxis obstétrica, conocer los beneficios que tiene su presencia, la alternativas de atención de parto y las condiciones que debe tener la madre para acceder a ellas. Esta información se debe brindar por la obstetra responsable del área que se encuentre en el Servicio de Emergencia y se debe realizar antes del ingreso del acompañante al Servicio de Centro Obstétrico.²²

Para ello, el Instituto Nacional Materno Perinatal dispone de una Resolución Directoral N° 171-DG-INMP-10 dada en el año 2010, en donde se establece la Directiva N°007-DG-INMP-2010 *“Atención del Parto con Acompañante”* en dicha institución, con la finalidad de promocionar y fortalecer el vínculo en la familia con la participación del padre (pareja) en los procesos del parto.²²

En lo referente a la posición en el trabajo de parto, diversas investigaciones han concluido que, durante la fase de dilatación en el parto, la posición horizontal afecta el normal flujo sanguíneo uterino.²³ El peso del útero

que contiene el producto de la gestación puede provocar compresión aortocava, reduciendo el flujo sanguíneo en el útero y comprometiendo el bienestar del feto. La posición horizontal también reduce la intensidad de las contracciones interfiriendo en la evolución del trabajo de parto. Estar de pie o acostarse de lado se asocia con una mayor intensidad y eficiencia de las contracciones uterinas. A pesar de la prevalencia de la posición supina, la mujer puede decidir elegir entre otras opciones.^{24, 25}

Existen, con considerable frecuencia, otros factores limitantes de estas opciones que van desde la forma de la camilla hasta la presencia de vías endovenosas o del equipo de monitorización. Cuando estos factores se reducen al mínimo, la mujer tendrá la comodidad suficiente para ponerse de pie, deambular, tomar una ducha, sentarse o adoptar cualquiera de las alternativas a su disposición.²⁶

En diferentes estudios se han comparado las posiciones horizontal y vertical, y se ha comprobado que adoptando la segunda posición, el parto, sobre todo en el periodo expulsivo, resultó ser menos doloroso, y que los medicamentos estimulantes se utilizaron con menos frecuencia que en la posición supina. Sin embargo, existen otros estudios que no encuentran grandes diferencias en los resultados neonatales. En conclusión, no existe ninguna evidencia que apoye la posición horizontal durante el período de dilatación; la única condición excepcional sería la ruptura prematura de membranas.^{26, 27}

El Instituto Nacional Materno Perinatal posee una Resolución Directoral N° 370-DG-INMP-12 del año 2012, que establece la Directiva N°012-DG-INMP-12 sobre *“Atención de parto vertical con adecuación intercultural y técnicas en la atención de parto personalizado”*, teniendo como objetivo el implementar un ambiente para la atención del parto con enfoque intercultural y adecuarlo para la atención del parto vertical, además de la capacitación del personal de salud para ofrecer una atención de calidad.²⁸

El parto con analgesia se define como el parto atendido con un adecuado manejo farmacológico del dolor, para mejorar la calidad de atención

de la mujer durante el trabajo de parto y parto. Es lo que se conoce como “parto sin dolor”.¹⁴

Casi el total de las mujeres que pasan por la experiencia del parto, han sentido dolor, el cual se manifiesta de manera diferente según sus experiencias clínicas, patologías anteriores, distocias complicadas en partos anteriores, inducción o acentuación por oxitócicos, o un parto instrumental. Pero, incluso un parto completamente normal también termina resultando doloroso ⁽²¹⁾. Es por ello que en la actualidad se han dado a conocer diferentes alternativas para el alivio del dolor. Farmacológicas o no, es importante humanizar la decisión de utilizarlas durante el trabajo de parto, respetando la elección de la técnica analgésica que la gestante recibirá, pero aún más importante es brindar una adecuada información a la parturienta y a su acompañante.²³

Existen diversos métodos para el alivio del dolor, como los no invasivos que también pueden ser utilizados durante el parto y que tienen menos efectos adversos. En este sentido, el apoyo del acompañante resulta ser de suma importancia mediante la realización de masajes en puntos antálgicos y apoyo emocional. Estas técnicas son usadas frecuentemente en combinación con otros métodos como las técnicas de respiración y relajación ⁽²¹⁾. Otras técnicas no farmacológicas de alivio del dolor durante el proceso de parto son el uso de calor y frío de superficie, acupuntura, inmersión en el agua, hierbas y aromaterapia con fragancias²⁹.

En los países de primer mundo, el alivio del dolor a través de fármacos ha ganado muchos adeptos pues han demostrado un gran efecto analgésico y un claro beneficio en el alivio del dolor, aunque los posibles efectos adversos en la madre y el recién nacido han pasado a un segundo plano ⁽²¹⁾. De la misma manera, entre el grupo de fármacos que cumplen esta función, existe un gran número de ellos que pueden aliviar de manera efectiva el dolor pero con efectos perjudiciales para la gestante y el feto ^(27, 28, 29), por ello, la perspectiva de la humanización del parto implica informar a la mujer sobre las ventajas y desventajas que implica el uso de la analgesia en el parto y a la vez respetar la su elección.³⁰

En este contexto, el Instituto Nacional Materno Perinatal dispone de una Resolución Directoral N° 150-DG-INMP-12 del año 2012, donde establece la Directiva N°010-DG-INMP-12 "*Atención de parto con analgesia*", con el objetivo de ofrecer una opción diferente que permita un trabajo de parto y parto sin dolor pero con una adecuada información, para que este sea una experiencia grata e inolvidable. La gestante puede solicitar este tipo de atención o, en su defecto, puede ser una indicación médica.^{14, 31}

Ante ello, es importante recalcar que la percepción global sobre el parto humanizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal fue adecuada en un 35% de pacientes, sin embargo, un 12% percibía que el parto humanizado se realizó de forma inadecuada³⁴, dato que nos revela que aún existe falencias en la atención del parto a la gestante.

Por ello, con el presente estudio, se podrá proporcionar información actualizada sobre los conocimientos y actitudes de internos de obstetricia sobre el parto humanizado y evaluar si existe relación entre ellos, ya que, como la futura generación de obstetras, necesitan estar capacitados para que puedan brindar una adecuada información y atención a las gestantes. Además existen escasos estudios sobre este tema en estudiantes de ciencias de la salud, sobre todo en internos de obstetricia, por lo tanto la investigación aumentará el conocimiento científico de la comunidad de obstetricia ya que estará orientado a generar información y alcanzarla a los niveles pertinentes, a fin de que se contemple la necesidad de fortalecer los conocimientos sobre parto humanizado en los estudiantes de obstetricia, a la par que formará parte de la evidencia científica actualizada.

Por lo referido nos formulamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento del parto humanizado y las actitudes de los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del 2016?

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Conocimiento sobre el parto humanizado:** Es la facultad consciente o proceso de comprensión y entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia o razón relacionados al parto humanizado.³²
- **Actitud frente al parto humanizado:** Es la predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse selectivamente frente al parto humanizado en forma de rechazo, aceptación o indiferencia.³³
- **Capacitación:** es un proceso que posibilita al capacitando la apropiación de ciertos conocimientos, capaces de modificar los comportamientos propios de las personas y de la organización a la que pertenecen. ³⁶
- **Parto normal:** proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término. Su inicio, desarrollo y término se dan espontáneamente y sin complicaciones. No implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.⁶
- **Parto humanizado:** Es el proceso de atención de parto en el que se busca respetar las opiniones y necesidades emocionales de la mujer y su familia como protagonistas del parto, además de adoptar medidas que sean beneficiosas, evitando prácticas intervencionistas innecesarias con la finalidad de crear un momento especial y en condiciones de dignidad humana.³⁴
- **Parto con acompañante:** Es el proceso de atención del parto individualizado y seguro con la presencia de una persona de confianza elegida por la gestante, previamente preparada e informada, con el fin de fortalecer el vínculo familiar.¹⁸
- **Parto vertical:** Es aquel parto en el que la gestante decide libre y voluntariamente colocarse en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas) para desarrollar la labor de parto y el expulsivo, mientras que el personal de salud que atiende el parto espera y atiende el parto.^{14, 27}
- **Parto con analgesia:** Es el parto atendido con un adecuado manejo farmacológico del dolor, con la aplicación de una variedad de drogas

anestésicas y analgésicas en el espacio epidural para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto. Es lo que se conoce como “parto sin dolor”.^{14, 35}

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los internos de obstetricia sobre parto humanizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del 2016.

Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado en los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del 2016.
- Identificar las actitudes frente al parto humanizado en los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del 2016.
- Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre parto humanizado en los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal.

HIPÓTESIS:

- **H0:** El nivel de conocimiento del parto humanizado no se relaciona significativamente con las actitudes que tienen los internos frente a este.
- **H1:** El nivel de conocimiento del parto humanizado se relaciona significativamente con las actitudes que tienen los internos frente a este.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo observacional, con diseño descriptivo correlacional, prospectivo y de corte transversal.

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población del estudio estuvo conformada por todos los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal del año 2016.

2.3. MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

- **Unidad de Análisis:** Interno de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal del año 2016.
- **Tamaño Muestral:** La muestra estuvo conformada por los 53 internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2016.
- **Tipo de muestreo:** Se realizó un muestreo poblacional, puesto que la muestra estuvo conformada por toda la población de estudio.
- **Criterios de selección**

Criterios de Inclusión:

Internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2016.

Internos de obstetricia que acepten participar del estudio.

Internos de obstetricia que firmen el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

Internos de obstetricia que no deseen participar del estudio.

2.4. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable N°1: Conocimiento sobre el parto humanizado: conjunto de información, ideas y prejuicios sobre el parto humanizado, que tienen los internos de Obstetricia.

Variable N°2: Actitud frente al parto humanizado: tendencia o predisposición de los internos de Obstetricia a evaluar de cierta manera el parto humanizado y todo lo que lo compone ya sea con la aceptación, rechazo o indiferencia del mismo.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

La técnica que se utilizó para el presente estudio fue la encuesta, la cual se desarrolló de manera personalizada puesto que se aplicó a los internos de obstetricia del INMP.

El instrumento estuvo conformado por: un cuestionario estructurado donde se le ofreció al interno de obstetricia alternativas de respuesta, para medir el nivel de conocimiento; y una escala tipo Likert modificada que permitió evaluar las actitudes de los internos frente a esta atención.

Cabe resaltar que ambos instrumentos fueron validados mediante un juicio de expertos, obteniendo concordancia entre los evaluadores ($p < 0.05$). Asimismo, se realizó una prueba piloto, en la que se obtuvo un coeficiente de Kuder-Richardson de 0.801 (excelente confiabilidad) en el cuestionario de conocimientos y un coeficiente de Cronbach de 0.78 (alta confiabilidad) en el cuestionario de actitudes, siendo confiables para su aplicación.

1. **Cuestionario de conocimientos sobre el parto humanizado:** comprende 9 preguntas cerradas donde se evaluó que tanto conocen los internos acerca del parto humanizado.
Cada pregunta cuenta con cuatro alternativas de respuesta, de las cuales una sola es la respuesta correcta.

La evaluación de la pregunta fue de la siguiente manera:

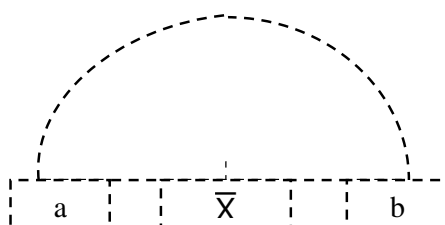
Respuesta correcta: 1

Respuesta incorrecta: 0

Calculo de los puntajes para la variable Conocimiento

Para categorizar los niveles de conocimientos se utilizó la escala de Estanones, la cual permitió baremar la variable en tres niveles (Alto, Medio y Bajo).

Procedimiento: teniendo en cuenta:



Campana de Gauss

$$a/b = \bar{X} \pm (0.75) (DS)$$

- “Alto” = mayor a “b”
 - “Medio” = igual a “a” hasta igual a “b”
 - “Bajo” = menor a “a”
- Campana de Gauss: donde a y b fueron los puntos de corte para establecer los niveles de conocimientos.
 - Una constante de 0,75
 - Media (x)
 - Desviación estándar (DS) de los puntajes de conocimiento de los internos de obstetricia del INMP.

Reemplazando en la fórmula

$$a = 5.49 - (0.75) (1.22) = 4.58$$

$$b = 5.49 + (0.75) (1.22) = 6.41$$

Entonces

Categorías para el nivel de conocimientos (Prueba de Estanones):

- Conocimiento **bajo**: *menor de 4.58*
- Conocimiento **medio**: *4.58 a 6.414*
- Conocimiento **alto**: *mayor de 6.41*

2. **Escala para medir las actitudes de los internos**: consta de 10 preguntas con respuestas tipo Likert, esta escala estuvo dirigida a obtener datos acerca de la actitud de los internos de obstetricia frente al parto humanizado.

Las categorías de las respuestas fueron:

- “De acuerdo” = 3
- “Ni de acuerdo ni en desacuerdo” = 2
- “En desacuerdo” = 1

Calculo de los puntajes para la variable Actitudes respecto al parto humanizado:

Fue calculado mediante Puntos de corte en media y desviación estándar basados en los casos explorados, clasificando en actitudes favorables y desfavorables. Para la obtención de estos datos se usó el programa estadístico spss v.22.

Procedimiento: se tomó en cuenta lo siguiente.

$$\text{Actitud: } A = X + DS$$

- *Actitud Favorable: Puntaje mayor o igual A.*
- *Actitud Desfavorable: Puntaje menor A.*
- Media = x
- Desviación estándar = DS

Dando como resultados las siguientes actitudes:

- Actitud **favorable**: más de 26.21
- Actitud **desfavorable**: menor o igual a 26.21

2.6. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la ejecución del proyecto de tesis, se procedió a solicitar la aprobación del mismo al comité de investigación de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia de la UNMSM, quien emitió un documento a Decanato de la universidad, para obtener la resolución de aprobación del proyecto. Una vez aprobado la ejecución de la investigación se procedió a realizar los siguientes pasos:

Paso 1: Se tramitaron los permisos respectivos en el Instituto Nacional Materno Perinatal y se coordinó con la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada para la toma de cuestionarios a los internos de obstetricia durante sus actividades académicas organizadas por la institución.

Paso 2: Se identificó a los posibles participantes para el estudio a través del registro de internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal del año 2016 en coordinación con la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada.

Paso 3: Después de las actividades académicas organizadas por la Coordinación de Internado de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal, se abordó a los internos de obstetricia identificados previamente, a quienes se les informó acerca del estudio y se les explicó sobre la confidencialidad del mismo. Asimismo se procedió a la firma del consentimiento informado donde se consignaron los riesgos y beneficios del estudio.

Paso 4: A los internos que aceptaron participar en el estudio, se les hizo entrega de las encuestas para su posterior resolución. El tiempo de llenado aproximado de la encuesta fue de 15 minutos. Luego se procedió a su recojo para su posterior cuantificación y análisis.

Los cuestionarios recolectados fueron foliados e ingresados de forma ordenada al programa Spss v.22, agrupados según la necesidad y los objetivos de la investigación.

En primer lugar se ejecutó un análisis univariado: se procedió a realizar un análisis exploratorio de las variables de interés, utilizando medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar) para las variables cuantitativas, así como frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas.

Como segundo paso, se procedió al análisis bivariado: se debió realizar la prueba de Kolmogorov – Smirnov para evaluar la distribución de los datos y poder elegir la prueba estadística para determinar la relación entre las variables estudiadas. Puesto que las variables de estudio no tienen distribución normal no se pueden utilizar pruebas paramétricas para su análisis. Por tanto se tuvo que evaluar la relación entre el conocimiento y las actitudes de los internos sobre el parto humanizado mediante pruebas no paramétricas. La prueba seleccionada para establecer la relación (conocimiento y actitudes) fue la prueba de Ji cuadrada (prueba no paramétrica para establecer relación entre variables ordinales y nominales).

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo de esta investigación se presentó el proyecto de tesis al Comité de Investigación y a la directora de la EAP de Obstetricia para su respectiva aprobación.

Para que esta investigación sea posible se tuvo la necesidad de informar a los participantes y hacer entrega del consentimiento informado, para respetar el principio de autonomía de los mismos, cuya decisión de formar parte de la investigación fue manifestada a través de la firma de dicho documento y respetada por la investigadora. La información extraída de dichas encuestas fue de carácter anónimo y confidencial. Dicha información se usó únicamente para fines de la investigación, siendo recalcado antes de la toma de los cuestionarios.

3. RESULTADOS

ANALISIS DESCRIPTIVO

Cuadro N°1: Edad y estado civil de los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal en Mayo del 2016.

Edad del interno	X ± DS (Min - Max)	
	23,32 ± 2,25 (20 - 29)	
Estado civil	N	%
Soltero	51	96,2%
Conviviente	1	1,9%
Casado	1	1,9%
Total	53	100,0%

La edad promedio del interno de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal es de 23.3 años, siendo la edad mínima de 20 años y la máxima de 29 años. El estado civil de la mayoría fue soltero (96.2%), del 1.9% conviviente y de otro 1.9% casado. (Cuadro N°1)

Cuadro N°2: Procedencia académica de los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal - Mayo del 2016.

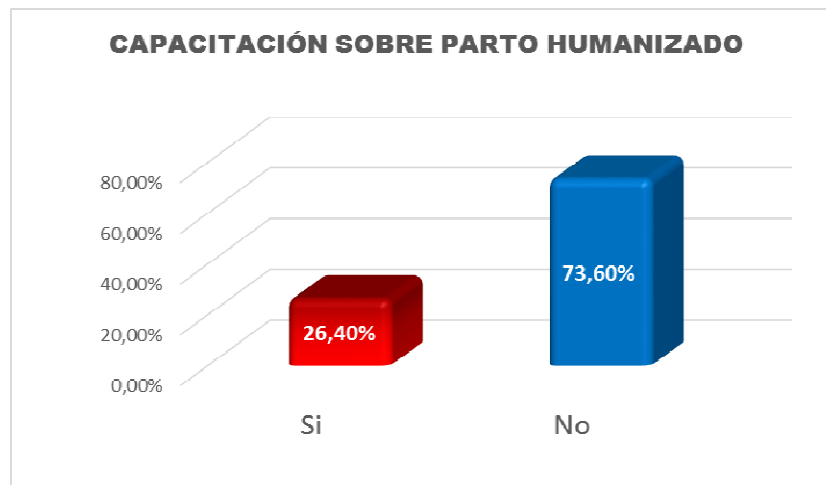
Universidad de origen	N	%
UNMSM	40	75,5%
UNFV	9	17,0%
UPLA	4	7,5%
Rotación actual		
Centro Obstétrico	6	11,3%
Consultorios Externos	3	5,7%
Emergencia	6	11,3%
Ginecología	5	9,4%
Hospitalización	11	20,8%
INEN	1	1,9%
Monitoreo Fetal	4	7,5%
Neonatología	2	3,8%
Psicoprofilaxis obstétrica	2	3,8%
Estimulación prenatal	2	3,8%
Salud Pública	11	20,8%
Total	53	100,0%

El cuadro N°2 muestra algunas características de la procedencia académica de los internos de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal que realizan su rotación durante el mes de mayo del 2016, observando que:

El 75,5% son internos de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el 17,0% de la Universidad Nacional Federico Villarreal y el 7.5% de la Universidad Peruana Los Andes.

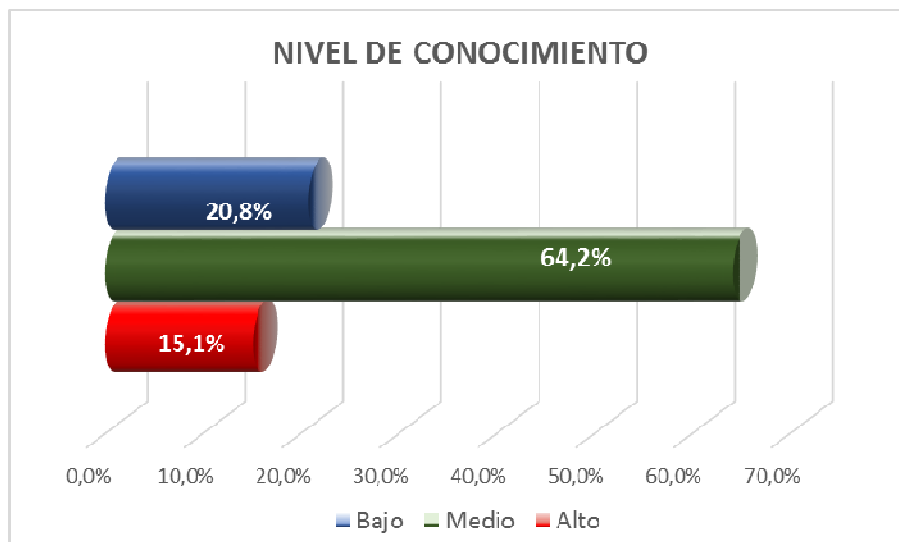
La rotación de los internos durante el tiempo de recolección de la muestra fue en la mayoría de ellos Hospitalización (20.8%), Salud Publica (20.8%), Centro Obstétrico (11.3%) y Emergencia (11.3%).

Grafico N°1: Capacitación sobre parto humanizado de los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal - Mayo del 2016.



El grafico N°1 muestra que solo el 26.4% de los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal han recibido capacitación sobre parto humanizado.

Grafico N°2: Nivel de conocimiento sobre Parto Humanizado de los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal - Mayo del 2016.



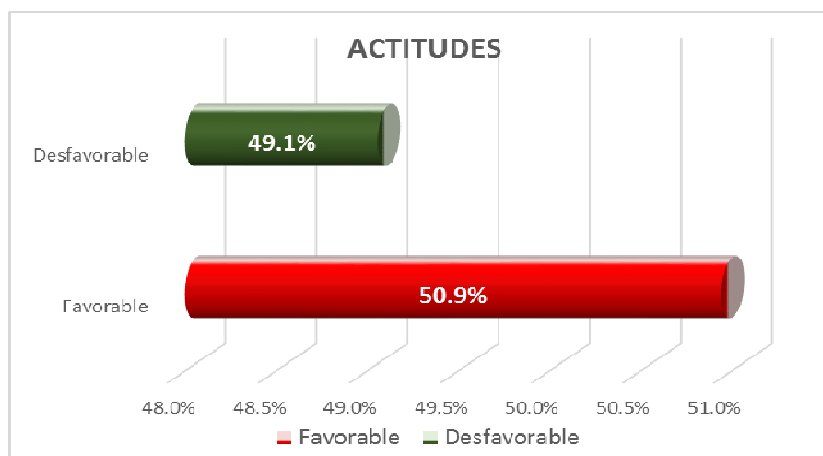
En el grafico N°2 se observa el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado de los internos de obstetricia donde el 20.8% tiene un conocimiento "bajo" y el 64.2% tienen conocimiento "medio".

Cuadro N°3: Conocimiento sobre Parto Humanizado de los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal - Mayo del 2016.

Conocimiento sobre Parto Humanizado	Correcto		Incorrecto		Total	
	N	%	N	%	N	%
Definición del parto humanizado.	18	34,0%	35	66,0%	53	100,0%
Las alternativas de solución referentes al parto humanizado en el INMP.	29	54,7%	24	45,3%	53	100,0%
Posición en que la madre puede elegir su parto.	47	88,7%	6	11,3%	53	100,0%
Contraindicaciones para la libre elección de la posición del parto.	26	49,1%	27	50,9%	53	100,0%
Obligaciones para que la gestante pueda tener acompañante en el parto.	19	35,8%	34	64,2%	53	100,0%
Funciones del acompañante con la gestante.	49	92,5%	4	7,5%	53	100,0%
Uso con respecto a la analgesia en el parto.	46	86,8%	7	13,2%	53	100,0%
Contraindicación para la analgesia en el parto.	34	64,2%	19	35,8%	53	100,0%
La ley que defiende el parto humanizado.	23	43,4%	30	56,6%	53	100,0%

Al evaluar el conocimiento de los internos acerca del parto humanizado, se observó que el 92.5% de los internos respondió correctamente sobre las funciones del acompañante, el 88.7% sobre la posición que puede elegir la gestante en el parto, el 86.8% sobre el uso de la analgesia en el parto y el 64.2% contestó correctamente sobre las contraindicaciones para la analgesia. Sin embargo, existen internos que no conocen sobre ciertos términos del parto humanizado, es decir, el 66% no conoce sobre la definición del parto humanizado, el 64.2% no sabe sobre las obligaciones para que la gestante pueda tener un parto con acompañante, el 56.6% no reconoce sobre la ley que defiende el parto humanizado y el 50.9% no sabe sobre las contraindicaciones para la libre elección de la posición del parto.

Grafico N°3: Actitudes frente al Parto Humanizado de los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal - Mayo del 2016.



En cuanto a las actitudes de los internos sobre parto humanizado, el 50.9% tiene una actitud favorable y el 49.1% una actitud desfavorable.

Cuadro N°4: Actitudes sobre Parto Humanizado de los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal - Mayo del 2016.

Actitudes ante el parto humanizado	De acuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		En desacuerdo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Se ha informado sobre el parto humanizado	43	81,1%	9	17,0%	1	1,9%	53	100,0%
Acorde con la implementación del parto humanizado en su establecimiento donde practica.	53	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	53	100,0%
La gestante elija posición en el parto	49	92,5%	4	7,5%	0	0,0%	53	100,0%
Implementación del parto con acompañante en su establecimiento	52	98,1%	1	1,9%	0	0,0%	53	100,0%
Acorde con la implementación de la analgesia en su establecimiento	48	90,6%	5	9,4%	0	0,0%	53	100,0%
Interés en capacitarse sobre parto humanizado	52	98,1%	1	1,9%	0	0,0%	53	100,0%
Implementación del parto humanizado en todos los establecimientos de salud.	46	86,8%	7	13,2%	0	0,0%	53	100,0%
Beneficios de la implementación para las gestantes.	51	96,2%	2	3,8%	0	0,0%	53	100,0%
Beneficios de la implementación del parto para el personal de salud.	40	75,5%	12	22,6%	1	1,9%	53	100,0%

Respecto a las actitudes sobre el parto humanizado, el 100% de los internos está de acuerdo con la implementación de la humanización del parto, el 98.1% está de acuerdo con la implementación del parto con acompañante, el 98.1% de los internos está de acuerdo con capacitarse y el 96.2% está de acuerdo con la implementación del parto humanizado para las gestantes. Por otro lado se observa que el 22.6% de los internos se muestra indiferente con los beneficios de la implementación del parto para el personal de salud y el 13.2% respecto a la implementación del parto humanizado en todos los establecimientos.

ANALISIS BIVARIADO

Cuadro N°7: Pruebas de normalidad para la distribución de los datos de los conocimientos y actitudes frente al Parto Humanizado de los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal - Mayo del 2016.

Variable	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	Normalidad	Valor p
Puntaje del nivel de conocimiento	0,187	NO	0,049
Puntaje de las actitudes	0,297	NO	0,000

De la tabla se puede observar que los datos sobre los puntajes de conocimientos y actitudes no tienen distribución normal, pues los resultados de la significancia son menores a 0.05. Por tanto para el análisis de relación se usará la prueba no paramétrica de chi cuadrado.

Cuadro N°8: Nivel de conocimiento y su relación actitud sobre el parto humanizado de los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal - Mayo del 2016.

Nivel de conocimiento	Actitud				p
	Favorable		Desfavorable		
	N	%	N	%	
Alto	4	14,8%	4	15,4%	0,191
Medio	20	74,1%	14	53,8%	
Bajo	3	11,1%	8	30,8%	
Total	27	100,0%	26	100,0%	

En el cuadro N°8 se observa el nivel de conocimiento y su relación sobre la actitud de los internos acerca del parto humanizado, donde la mayor parte de los internos con nivel conocimientos “medio” (74.1%) tiene una actitud favorable y el 53.8% tiene una actitud desfavorable; por otra parte se observa que el 11.1% de los internos con conocimiento “bajo”, observándose porcentajes similares, por ende no existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre el parto humanizado ($p=0.191$).

4. DISCUSIONES

Acerca de los conocimientos sobre el parto humanizado, es importante mencionar que el parto humanizado según el Ministerio de Salud, es el conjunto de actividades y procedimientos, dirigidos a lograr madres y recién nacidos en buenas condiciones, siendo este un proceso natural, el cual posee como alternativas de solución dentro de uno de los nosocomios pertenecientes al MINSA como es el Instituto Nacional Materno Perinatal: el parto vertical, el parto con acompañante y la analgesia en el parto.

Al evaluar el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado:

En el presente estudio se observó que la mayoría de los internos de obstetricia tenía un conocimiento de medio (64.2%) a bajo (20.8%), ya que respondieron incorrectamente sobre algunos términos como la definición del parto humanizado, las alternativas de solución referentes al parto humanizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, a pesar de ser este su sede de internado, las contraindicaciones para la libre elección de la posición del parto y las obligaciones de la gestante para que pueda tener parto con acompañante. En la investigación de **Arnau J, Martínez E, Nicolás D y Bas E**, pese a que se evaluó al equipo médico, grupo de estudio diferente, se encontraron resultados similares a la presente investigación, pues los profesionales están confundidos sobre el concepto de humanización del parto.

En base a lo mencionado con anterioridad, el Proyecto de Ley aprobado por el Congreso de la República que defiende el parto humanizado denominada “Ley de promoción y protección del derecho al parto humanizado y de la salud de la mujer gestante” y que ha sido incorporada en el Perú, es poco conocida en el presente estudio, pues la mayoría de internos de obstetricia contestaron de manera incorrecta sobre la ley del parto humanizado, a diferencia del trabajo de **Lara W**, donde se encontró que los profesionales de las maternidades públicas conocen la ley que promueve la humanización del parto. A través de lo señalado, se puede acotar que los internos de obstetricia presentan

algunos conocimientos deficientes sobre el parto humanizado, probablemente por la falta de información y escasas capacitaciones en este tema, pues como se ha observado solo un 26.4% ha recibido una capacitación real acerca del tema tanto de manera teórica como práctica.

Al evaluar las actitudes de los internos sobre el parto humanizado:

Silva R, Soares M, Muniz R, Andrade F, Torres A y Gómez V, evidenciaron en su investigación que la atención humanizada del parto exige actitudes adecuadas a los profesionales que brindan atención del parto para que fortalezcan el vínculo entre los profesionales, las usuarias y sus familias; siendo necesario que estos tengan una buena inclinación hacia la humanización del parto. En el presente trabajo, los internos de obstetricia muestran una actitud favorable frente al parto humanizado, puesto que están de acuerdo con la implementación de la humanización del parto en el Instituto Nacional Materno Perinatal, con los beneficios que brindan a las gestantes, con la implementación de la analgesia del parto y con que la gestante elija la posición de su parto, en ambos estudios se observa la actitud favorable de parte de los profesionales y/o estudiantes hacia esta forma de atención del parto. Los hallazgos demuestran que los internos de obstetricia poseen una adecuada predisposición frente al parto humanizado, por las ventajas que ofrece a la gestante, a sus acompañantes y a los profesionales de salud.

Por ultimo en cuanto a la relación entre conocimiento y actitud sobre el parto humanizado:

En el presente estudio se encontró que el conocimiento sobre este tipo de parto no se relaciona con las actitudes, probablemente porque los internos poseen conocimientos de intermedios a bajo, pero fueron actitudes favorables, exigiendo en este aspecto la incorporación obligatoria de las capacitaciones, si es que no hubiera, o el aumento de las mismas y mejora en la inclusión de interculturalidad durante la atención del parto, ya que es ello lo que hace que no se relacionen estas variables.

5. CONCLUSIONES

- No existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los internos de obstetricia sobre el parto humanizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del 2016.
- El nivel de conocimiento sobre el parto humanizado en los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal es de “medio” (64.2%) a “bajo” (20.8%).
- Las actitudes frente al parto humanizado en los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal es favorable en un 50.9% y desfavorable en un 49.1%.
- El nivel de conocimiento del parto humanizado no se relaciona con las actitudes frente a éste procedimiento en los internos de obstetricia. La relación es de $p=0.191$, puesto que los porcentajes son similares, no existiendo diferencia significativa.

6. RECOMENDACIONES

- Según los resultados del estudio se observa un conocimiento de medio a bajo en cuanto al parto humanizado, por ende, se sugiere realizar capacitaciones desde primer año a los estudiantes de obstetricia sobre diferentes aspectos del parto humanizado, principalmente en términos de definición sobre parto humanizado, el acompañamiento en el parto, la ley que defiende el parto humanizado y la libre elección del parto. Asimismo, las capacitaciones deben ser extensivas a los docentes que estén involucrados en la atención del parto; con la finalidad que impartan en la comunidad estudiantil el espíritu humanizado en las gestantes.
- A pesar, de las actitudes favorables sobre el parto humanizado, se recomienda fomentar y estimular en las prácticas hospitalarias, principalmente durante el internado, la adecuación del parto, involucrando en esta atención el trabajo en conjunto con el acompañante y la decisión a la elección libre del parto.
- Pese a que no existe relación entre el nivel de conocimiento del parto humanizado con las actitudes frente a este procedimiento, se recomienda realizar estudios que profundicen este tema, evaluando desde una perspectiva más social al interno de obstetricia. Los estudios pueden enfocarse desde un enfoque cualitativo, donde se conozca las opiniones y percepciones del interno de forma profunda.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Biurrun A, Goberna J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 2013; 14(2): 62-66.
2. Prolhuna. Proyecto: humanización de los cuidados en salud de las mujeres de la Maternidad Pública de Rocha. Uruguay: Manual de práctica clínica. 2014.
3. Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y de la Salud de la Mujer Gestante. Dictamen de la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República. Perú. 13-05-2015.
4. Lara W. El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires. Independent Study Project (ISP) Collection [Internet]. 2015 [Acceso el 10 de abril del 2016]. Paper 2245. Disponible en: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2245
5. De Cassia R, Komatsu M y Dos Santos. Humanization of health care in the perception of nurses and physicians of a private hospital. *Rev Esc Enferm USP* • 2015; 49 (Esp2):41-46.
6. Arnau J, Martínez E, Nicolás D, Bas E. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado: El caso del área I de salud de la región de Murcia. *RevAntroplberoam*. 2012. Vol. 7 N° 2.
7. Amorim P, Herdy V, Amim T y Muniz da Costa. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 329-37.
8. Silva R, Soares M, Muniz R, Andrade F, Torres A, Gomes V. La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia *Enfermería Global*. 2011. Vol. 10, N° 4, pp. 331-340.

9. Fundación Juan Vives Suriá. El parto y nacimiento humanizado como derecho humano: un desafío para la transformación social. Defensoría del Pueblo. 2012. p.37.
10. Freyermuth G, Sesia P. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 2009. pp. 95-100.
11. Organización Mundial de la Salud, Declaración de Fortaleza, "Tecnología apropiada para el parto", en TheLancet, 1985, 2:436-437, traducción ACPAM.
12. Muñoz M, Kaempffer A, Castro R, Valenzuela S. Nacer en el siglo XXI, de vuelta a lo humano: Humanización del proceso reproductivo mujer-niño-familia. Universidad de Chile/Gobierno de Chile, 2001, p. 6
13. Organización Mundial de la Salud. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. GINEBRA Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. 1999.
14. Instituto Nacional Materno Perinatal. Proyecto de mejora: Implementación de la atención del parto humanizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Dirección Ejecutiva de Docencia, Investigación y Atención en Obstetricia y Ginecología. Lima, 2015.
15. Lederman RP, Lederman E, WorkBAJr, McCann DS. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. Am J ObstetGynecol. 1979; 132: 495-500.
16. Cibil LA, Pose SV, Zuspan FP. Effect of norepinephrine infusion on uterine contractility and cardiovascular system. Am J Obstet Gynecol. 1982; 84:307-316.

17. Enkin M, Keirse H, Neilson J, Crowther C, Dulay L, Hodnett E et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 3era ed. Oxford University Press, 2000.
18. Samar D. Apoyo del acompañante en el trabajo de parto asociado a beneficios maternos-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010. (Tesis de licenciatura). Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina de San Fernando. 2011.
19. Ibanez MB. Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de salud que las atienden sobre el acompañamiento en el parto. *Matronas Prof.* 2004; 5(16): 25-31.
20. Linares M, Serrano J, Garcia MC, Bruno A, Ortega MC, Rios AB et al. El padre en la experiencia del parto: valoración del acompañamiento a su pareja. *Universidad de Enfermería Albacete.* 1999 oct; 10: 5-11.
21. MIDIRS. Support in labour. Informed choice for professionals leaflet. MIDIRS, 2003.
22. Resolución Directoral N°171-DG-INMP-10. Directiva N°007-DG-INMP-10 Atención del parto con Acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, Neonatología y de Apoyo a Especialidades Médicas y Servicios Complementarios. Ministerio de Salud, Instituto Nacional Materno Perinatal 2010.
23. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. 1996.
24. Chen S, Aisaka K, Mori H, Kigawa T. Effects of sitting position on uterine activity during labor. *Obstet Gynecol.* 1987; 79: 67-73.

25. Williams R, Thorn M, Studd J. A study of the benefits and acceptability of ambulation in spontaneous labour. *Br J ObstetGynaecol*. 1980; 87: 122-126.
26. Martínez M, Villa P, Martínez M, Vilches E, Tobar A, Álvarez S. Influencia en los resultados obstétricos de determinadas posiciones durante el trabajo de parto con analgesia epidural. *Rev. Matronas Hoy*. 2014; 2(5): 8-11.
27. Norma Técnica N° 033-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural. Ministerio de Salud. Perú. 2005.
28. Resolución Directoral N° 370-DG-INMP-12. Directiva N°012-DG-INMP-12 Atención de parto vertical con adecuación intercultural y técnicas en la atención de parto personalizado. Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, Neonatología y de Apoyo a Especialidades Médicas y Servicios Complementarios. Ministerio de Salud, Instituto Nacional Materno Perinatal. 2012.
29. Rodríguez L, Vargas M. Conocimientos y prácticas para el manejo del dolor durante el proceso de parto en un grupo de mujeres puérperas, en una institución de tercer nivel de atención durante el segundo semestre de 2008. (Tesis de licenciatura). Bogotá-Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de enfermería. 2008.
30. McAllister C. Placental transfer and neonatal effects of diazepam when administered to women just before delivery. *Br J Anaesth* 1980; 52: 423-427.
31. Resolución Directoral N° 150-DG-INMP-12. Directiva N°010-DG-INMP-12. Atención de parto con analgesia. Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, Neonatología y de Apoyo a Especialidades Médicas y Servicios

Complementarios. Ministerio de Salud, Instituto Nacional Materno Perinatal. 2012.

32. García K, Orellana D, Solórzano D. Conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas acerca del parto vertical (Tesis de licenciatura). Guatemala: Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. 2012.
33. Espinola F, Lavado F, Montoya Z, Saavedra A, Varas P, Ysla C. Actitud hacia el parto vertical en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas y la Facultad de Educación del VII ciclo UCV- Trujillo, Marzo-Junio 2009. Encuentro Científico Internacional - Proyecto Libro Digital. 2012. Vol. 6, N° 2.
34. Vela G. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. (Tesis de Licenciatura) Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina de San Fernando. 2015.
35. Resolución Ministerial N°422-2005/MINSA. Guía de práctica clínica: Analgesia epidural en gestantes durante el trabajo de parto y parto. Ministerio de Salud. Lima-Perú. 2005.
36. Apolinar B. Procesos de capacitación de los profesionales en Educación para la Salud. Rev Iberoam Prod Ac y GestEduc. 2014. Vol. 1, N° 1.

8. ANEXOS

INDICE

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	44
II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	45
III. CUESTIONARIO DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE PARTO HUMANIZADO	46
IV. CUESTIONARIO DE ACTITUDES	48
V. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	49
VI. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	50

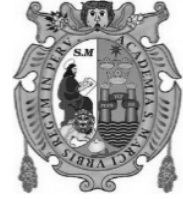
I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Items	Tipo	Escala	Fuente de verificación	Categoría	Codificación
Nivel de conocimiento del parto humanizado.	Es el conjunto de información, y ideas prejuicios sobre el parto humanizado, que tienen los internos de Obstetricia.	Definición de parto humanizado	Porcentaje de internos que contesta correctamente sobre definición de parto humanizado	Pregunta 1 Pregunta 2	Cualitativa	Nominal	Cuestionario elaborado	Respuesta correcta = 1 Respuesta incorrecta = 0	-Conocimiento alto
		Elección de la posición del parto.	Porcentaje de internos que contesta correctamente sobre la elección de la posición del parto	Pregunta 3 Pregunta 4	Cualitativa	Nominal	Cuestionario elaborado	Respuesta correcta = 1 Respuesta incorrecta = 0	
		Acompañamiento durante el trabajo de parto	Porcentaje de internos que contesta correctamente sobre el acompañamiento en el trabajo de parto	Pregunta 5 Pregunta 6	Cualitativa	Nominal	Cuestionario elaborado	Respuesta correcta = 1 Respuesta incorrecta = 0	-Conocimiento medio
		Manejo del dolor de parto	Porcentaje de internos que contesta correctamente sobre el manejo del dolor	Pregunta 7 Pregunta 8	Cualitativa	Nominal	Cuestionario elaborado	Respuesta correcta = 1 Respuesta incorrecta = 0	
		Derechos de la madre	Porcentaje de internos que contesta correctamente sobre los derechos de la madre	Pregunta 9	Cualitativa	Nominal	Cuestionario elaborado	Respuesta correcta = 1 Respuesta incorrecta = 0	-Conocimiento bajo
		Percepción sobre el parto humanizado	Porcentaje de internos que están a favor sobre el parto humanizado	Proposición 1 Proposición 8 Proposición 9	Cualitativa	Nominal	Escala de actitudes	- En desacuerdo = 3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 2 - De acuerdo = 1	
Actitud de los internos de Obstetricia sobre parto humanizado	Es la tendencia o predisposición de los internos de Obstetricia a evaluar de cierta manera el parto humanizado y todo lo que lo compone ya sea con la aceptación, rechazo o indiferencia del mismo.	Implementación en los establecimientos de salud	Porcentaje de internos que están a favor sobre la implementación del parto humanizado en establecimiento de salud	Proposición 2 Proposición 6 Proposición 7	Cualitativa	Nominal	Escala de actitudes	En desacuerdo = 3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 2 - De acuerdo = 1	Actitud favorable
		Percepción sobre la libre elección de la posición para el parto de la gestante	Porcentaje de internos que están a favor sobre la libre elección de la posición para el parto de la gestante	Proposición 3	Cualitativa	Nominal	Escala de actitudes	En desacuerdo = 3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 2 - De acuerdo = 1	
		Percepción sobre el parto con acompañante	Porcentaje de internos que están a favor sobre el parto con acompañante	Proposición 4	Cualitativa	Nominal	Escala de actitudes	En desacuerdo = 3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 2 - De acuerdo = 1	Actitud Desfavorable
		Percepción del uso de la analgesia en el parto	Porcentaje de internos que están a favor sobre el uso de la analgesia en el parto	Proposición 5	Cualitativa	Nominal	Escala de actitudes	- En desacuerdo = 3 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 2 - De acuerdo = 1	

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA SAN FERNANDO
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....de.....años de edad con número de DNI....., manifiesto que he sido informado(a) de las particularidades y beneficios que podría obtener al participar del presente estudio de investigación acerca de nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y su relación con las actitudes de los internos de obstetricia en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Entiendo que ello significa que debo comprometerme a contestar con sinceridad las preguntas establecidas en el cuestionario y escala para la investigación.

Soy consciente de que no habrá ningún beneficio económico, así como el participar del estudio no implicará riesgo hacia mi persona.

Se me ha proporcionado el nombre del investigador que puede ser contactado fácilmente usando el número que se me dio.

He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Consiento voluntariamente mi deseo de participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que eso me afecte de ninguna manera.

Tomando ello en consideración, otorgo mi consentimiento a la Bach. Erika Parrales Morán para participar en su investigación y la información que obtenga sea utilizada para el logro de sus objetivos.

Nombre del investigador: Erika Alessandra Parrales Morán

Correo electrónico: kita_15_20@hotmail.com

Celular: 993483986

Nombre investigador

Firma Investigador

Fecha hora

Firma Participante

III. CUESTIONARIO DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE PARTO HUMANIZADO

DATOS DE LOS INTERNOS DE OBSTETRICIA:

1. Edad del interno: _____
2. Estado civil: _____
3. Universidad de origen: _____
4. Rotación actual: _____
5. Recibió capacitación sobre el parto humanizado:
a. Si () b. No ()
6. ¿Cuántas veces recibió capacitación?: _____

PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO

A continuación le voy a presentar una serie de preguntas relacionados con el parto humanizado, por favor marque con un aspa (X) la respuesta que Ud. crea conveniente.

1. El parto humanizado es, según el Ministerio de Salud:
 - a) Proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia el entendimiento de la vida.
 - b) Dar a luz en la posición y con el acompañante que la madre decida
 - c) Conjunto de actividades y procedimientos, dirigidos lograr madres y recién nacidos en buenas condiciones, siendo este un proceso natural.
 - d) Todas las anteriores
2. Las alternativas de solución más importantes referentes al parto humanizado en el INMP son:
 - a) Elección de la posición vertical para el parto, la analgesia del parto y el buen trato de los profesionales.
 - b) Parto con acompañante, buen trato de los profesionales obstetras y parto vertical.
 - c) Parto vertical, parto con acompañante y analgesia en el parto.
 - d) Parto con acompañante, analgesia en el parto y el buen trato profesional.
3. La madre puede elegir tener su parto en:
 - a) Posición vertical
 - b) Cuclillas
 - c) Posición horizontal
 - d) Todas las anteriores
4. Son contraindicaciones para la libre elección de la posición para el parto (marque la incorrecta):
 - a) Preeclampsia y eclampsia
 - b) Falta del consentimiento informado
 - c) Vasa previa
 - d) Analgesia en el parto

5. Para que la madre pueda tener un acompañante durante su proceso de parto, es obligatorio:

- a) La madre puede elegir a cualquier acompañante cuente o no con preparación previa.
- b) El acompañante debe ser el papa del bebé.
- c) El acompañante debe contar con 4 a 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.
- d) Todas las anteriores

6. El acompañante:

- a) Debe haber participado de todas las sesiones del curso de psicoprofilaxis obstétrica.
- b) Tiene como función el de brindar apoyo en todo sentido a la gestante.
- c) Debe hacer caso a las indicaciones del personal que atenderá el parto
- d) Solo B y C son correctas.

7. Con respecto a la analgesia en el parto:

- a) Solo se puede aplicar en la fase activa del trabajo de parto
- b) Los medicamentos utilizados son: bupivacaína 0.25% + epinefrina
- c) Deben firmar un consentimiento informado la gestante y su acompañante.
- d) a y b son correctas.

8. Es contraindicación para la analgesia en el parto:

- a) Hipotensión materna
- b) Bacteremia no tratada
- c) Coagulopatía materna
- d) Todas las anteriores

9. La ley que defiende el parto humanizado es:

- a) Ley contra la violencia en el parto.
- b) Ley de promoción y protección del derecho al parto humanizado y de la salud de la mujer gestante.
- c) Ley de protección del derecho al parto humanizado y de la salud de la mujer gestante y el recién nacido.
- d) Ninguna de las anteriores.

IV. CUESTIONARIO DE ACTITUDES (ESCALA DE LICKERT)

Estimado estudiante le voy a presentar una serie de proposiciones que han sido elaborados con la finalidad de determinar las actitudes que tienen los internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal frente al parto humanizado. Le pido que responda con toda sinceridad a las proposiciones que se les presenta. Esta encuesta es anónima, es decir no es necesario que anote su nombre. Anticipadamente les agradezco su valiosa colaboración.

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de preguntas con tres opciones de respuesta, con la cuales pueden estar en desacuerdo o no. Coloque un aspa (X) debajo de la columna que considere adecuada.

N°	PROPOSICIONES	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo
1.	¿Se ha informado sobre el parto humanizado?			
2.	¿Está de acuerdo que se haya implementado la humanización del parto en el establecimiento donde Ud. realiza su internado?			
3.	¿Está de acuerdo que la gestante elija la posición en el parto?			
4.	¿Está de acuerdo que se haya implementado el parto con acompañante en el establecimiento donde Ud. realiza su internado?			
5.	¿Está de acuerdo que se haya implementado la analgesia del parto en el establecimiento donde Ud. realiza su internado?			
6.	¿Está interesado en capacitarse o adiestrarse en atención de parto humanizado?			
7.	¿Considera Ud. que todos los establecimientos de salud del país deben implementar a la brevedad posible la humanización del parto?			
8.	¿Cree usted que esta implementación traerá beneficios para las gestantes?			
9.	¿Cree usted que esta implementación traerá beneficios para el personal de salud que participa en la atención de la gestante?			

V. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

VALIDEZ DE CONTENIDO: PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	Nº de Jueces						Prob.
	1	2	3	4	5	6	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	0.031
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	1	0.031
3. La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	1	1	1	0.031
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	1	1	1	1	1	1	0.031
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable	1	1	1	1	1	1	0.031
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	1	1	1	0.031
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	1	1	1	1	1	1	0.031
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación	1	1	1	1	1	1	0.031

Se ha considerado:

- **Favorable** = 1 (SI)
- **Desfavorable** = 0 (NO)

Se realizó el análisis de los datos propuestos por los expertos a través de la prueba binomial con el objetivo de evaluar la validez del ítem de preguntas de la encuesta, dando como resultado el hallazgo de evidencias estadísticas que confirman la concordancia favorable entre los cinco jueces respecto a la validez del instrumento ($p < 0.005$). Los criterios: 8 criterios tienen un $p < 0.05$, por lo tanto, sí existe concordancia para estos pautas.

VI. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

CONFIABILIDAD DE KUDER RICHARDSON DEL CUESTIONARIO “CONOCIMIENTOS

SOBRE PARTO HUMANIZADO”

El instrumento para medir el Conocimientos sobre Parto humanizado, se confiabilizó mediante una prueba piloto dirigida a 30 internos de obstetricia, donde el coeficiente de Kuder-Richardson indico 0.801 es decir una excelente confiabilidad.

Coeficiente de Kuder - Richardson											
Encuestado	Preguntas o ítems									Puntaje Total (xi)	(xi-X)²
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9		
E1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	7,11111111
E2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	7,11111111
E3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8	7,11111111
E4	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	7,11111111
E5	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3	5,44444444
E6	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	11,11111111
E7	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	7,11111111
E8	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8	7,11111111
E9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	13,44444444
E10	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	11,11111111
E11	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	11,11111111
E12	0	0	1	0	0	1	1	1	1	5	0,11111111
E13	0	0	1	0	0	1	1	0	1	4	1,77777778
E14	0	0	1	0	0	1	1	0	0	3	5,44444444
E15	0	0	1	0	1	1	1	1	0	5	0,11111111
E16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	13,44444444
E17	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8	7,11111111
E18	1	0	1	1	1	1	0	1	1	7	2,77777778
E19	1	0	1	0	0	0	1	0	0	3	5,44444444
E20	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3	5,44444444
E21	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3	5,44444444
E22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	13,44444444
E23	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8	7,11111111
E24	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	7,11111111
E25	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	11,11111111
E26	0	0	1	0	1	0	0	1	0	3	5,44444444
E27	0	0	1	0	0	1	1	0	1	4	1,77777778
E28	0	0	1	0	0	1	1	0	0	3	5,44444444
E29	0	0	1	0	0	1	1	0	0	3	5,44444444
E30	0	0	1	0	1	1	1	0	0	4	1,77777778
Total	15	12	26	11	17	24	22	18	15	160	200,67
Media	0,50	0,40	0,87	0,37	0,57	0,80	0,73	0,60	0,50	5,33	10,17
p=	0,50	0,40	0,87	0,37	0,57	0,80	0,73	0,60	0,50	5,33	10,17
q=	0,50	0,60	0,13	0,63	0,43	0,20	0,27	0,40	0,50	3,67	6,83
p.q=	0,25	0,24	0,12	0,23	0,25	0,16	0,20	0,24	0,25	1,93	3,61
# de ítems	9										
# de encuestas	30										

(st)exp2	6,69
rtt	0,801

**COEFICIENTE CORRELACION KUDER
RICHARDSON**

1,00	Confiabilidad Perfecta
-------------	-------------------------------

0,72 a 0,99 Excelente Confiabilidad

0,66 a 0,71	Muy confiable
--------------------	----------------------

0,60 a 0,65 Confiable

0,54 a 0,59	Confiabilidad baja
--------------------	---------------------------

0.53 a menos Confiabilidad nula

CONFIABILIDAD DE CRONBACH DEL CUESTIONARIO “ACTITUDES SOBRE PARTO HUMANIZADO”

El instrumento para medir la Actitud sobre Parto humanizado, fue confiabilizado mediante la prueba piloto realizada a 30 internos de Obstetricia donde el coeficiente de Cronbach fue 0.78 es decir una alta confiabilidad

N	ITEM										Total
	1	2	3	4	5	6	8	9	10		
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27
2	3	2	2	2	3	2	2	2	1		19
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27
4	1	3	2	2	2	3	3	3	3	3	22
5	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	23
6	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	25
7	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	25
8	3	3	2	2	2	2	3	2	2		21
9	2	2	3	3	1	2	3	3	2		21
10	3	2	2	3	2	2	2	3	3		22
11	3	3	3	3	3	3	3	3	1		25
12	3	3	2	3	3	2	2	3	3		24
13	3	3	3	3	2	3	3	3	3		26
14	3	3	3	3	1	2	3	3	3		24
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3		27
16	3	2	2	3	3	2	2	3	3		23
17	3	2	1	1	3	1	2	2	1		16
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3		27
19	2	1	1	2	2	1	1	1	3		14
20	3	3	2	2	2	2	3	2	3		22
21	3	2	3	3	2	3	3	2	3		24
22	3	2	3	3	2	3	3	3	3		25
23	3	3	2	2	2	2	3	1	3		21
24	2	2	3	3	2	2	3	3	3		23
25	3	2	2	3	2	2	2	3	3		22
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3		27
27	3	3	2	3	3	2	2	3	3		24
28	3	3	3	3	2	3	3	3	3		26
29	3	3	3	3	1	2	3	3	3		24
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3		27
Varianza	0,21	0,32	0,40	0,29	0,42	0,39	0,29	0,36	0,41		10,05
Suma_var	3,08										

Legenda 1 :menor calificación
7 : mayor calificación

k (ITEM) 9
N 30
r-Alpha de Cronbac **0,78**

COEFICIENTE CORRELACION CRONBACH

0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Media
0,21 a 0,40	Baja
0 a 0,20	Muy Baja

